

Reviewed for compliance by:

\_\_\_\_\_

Staff Signature

Date: \_\_\_\_\_ Exemption: Yes  No

(see back)

**CERTIFICAT DE STATUT D'IMMUNISATION**

La loi WAC 246-100-166.6a de l'état de Washington exige que tout enfant ait, dans son dossier scolaire, préscolaire ou de garderie, un certificat de statut d'immunisation correctement rempli. Un diagramme démontrant les vaccins nécessaires par groupe d'âge se trouve au verso de ce formulaire. VEUILLEZ LE REMPLIR EN ANGLAIS.

Nom de famille	Prénoms	Sexe M <input type="checkbox"/>	Date de naissance
		F <input type="checkbox"/>	mois jour année
Nom du parent/ gardien		Téléphone durant la journée	

Immunisation	Type de vaccin	Dose	Date d'administration		
			Mois	Jour	Année
<b>DTaP/DTP/ -DT/Td</b>  Diphtérie, Tétanos, Coqueluche		1			
		2			
		3			
		4			
		5			
<b>POLIO</b>  VPTO oral, VPI par injection		1			
		2			
		3			
		4			
<b>HIB</b>  Haemophilus Influenzae Type B		1			
		2			
		3			
		4			

Immunisation	Type de vaccin	Dose	Date d'administration		
			Mois	Jour	Année
<b>MMR (ROR)</b>  Rougeole, Oreillons, Rubéole	MMR/ROR	1			
	MMR/ROR	2			
	MMR/ROR				
	ROUGEOLE				
	OREILLONS				
	RUBÉOLE				
<b>HEP B (HBV) Hépatite B</b>		1			
		2			
		3			
<b>AUTRE</b>					

**J'atteste que les informations inscrites ci-dessus sont correctes et vérifiables.**

**X** \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU PARENT OU DU GARDIEN

\_\_\_\_\_

DATE

## Exigences d'immunisations scolaires, préscolaires et de garde d'enfants

Les vaccins sont énumérés dans les gammes d'âges acceptables. Les barres grises indiquent la gamme d'âge acceptable.

Âge ► ▼ Vaccin	Naissance	2 mois	4 mois	6 mois	12 mois	15 mois	18 mois	4 - 6 ans	11-12 ans	14-16 ans
Hépatite B †		Hep B - 1								
		Hep B - 2		Hep B - 3						
Diphtérie, Tétanos Coqueluche		DTC	DTC	DTC	DTC ou DTaP at 15+mois			DTC ou DTaP	Td‡	
H.Influenzae de type b		Hib	Hib	Hib	Hib					
Polio		VPTO	VPTO	VPTO				VPTO		
Rougeole-oreillons- rubéole				ROR				ROR ou ROR		

† Le tableau ci-dessus a été recommandé et approuvé le premier janvier, 1995 par le Advisory Committee on Immunization Practices, le American Academy of Pediatrics et le American Academy of Family Physicians. Les renvois du tableau offrent des renseignements supplémentaires concernant les vaccins et les délais d'administration. Ils sont réimprimés dans *Immunization Manual for Schools, Preschools and Child Care Facilities*, disponible à la plupart des écoles et aux départements de santé.

Bien qu'il existe des recommandations plus récentes, ceux du janvier 1995 sont les seules exigées par la loi d'immunisation de l'état de Washington.

‡ en vigueur depuis septembre, 1997.

### Déclaration d'exemption à la loi d'immunisation

#### REMARQUE :

Votre enfant peut être exempt (exclu) d'immunisations pour raisons médicales, personnelles ou religieuses. Si'il survient une urgence épidémiologique d'une maladie évitable par voie de vaccination contre laquelle votre enfant n'est pas immunisé, il ou elle pourrait être exclu(e) de l'école, de la pré-école ou de la garderie d'enfant jusqu'à ce que l'urgence est terminée.

**Exemption médicale**

J'atteste que l'enfant nommé ci-contre est exempt pour raisons médicales des exigences du (des) vaccin(s) suivant(s) :

\_\_\_\_\_ Jusqu'à \_\_\_\_\_  
Vaccin(s) Date

\_\_\_\_\_  
Écrivez lisiblement le nom du médecin Date

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

**Exemption personnelle**

**Exemption religieuse**

Je m'oppose à l'immunisation. Je comprend que mon enfant pourrait être exclu durant une urgence épidémiologique.

Je m'oppose à l'administration du (des) vaccin(s) suivant(s) :

\_\_\_\_\_

Vaccin(s)

\_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du gardien Date

#### Document d'immunité

J'atteste que l'enfant nommé ci-contre est prouvé par voie de test de laboratoire être immune à la (aux) rougeole/oreillons/rubéole (veuillez encercler le choix approprié).

Joignez le rapport de résultats du TITRE.

\_\_\_\_\_  
ÉCRIVEZ lisiblement le nom du médecin

\_\_\_\_\_  
Signature ou cachet du médecin

\_\_\_\_\_  
Date